



แบบฟอร์มขอ User Name สำหรับระบบสารสนเทศโรงพยาบาล
งานเทคโนโลยีและสารสนเทศ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร

วันที่ _____

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว _____ นามสกุล _____ ตำแหน่ง _____

สังกัด: สำนัก/ภาควิชา/หน่วย/ _____ โทรศัพท์ _____ E-mail: _____

ชื่อ และนามสกุลภาษาอังกฤษ (ตัวพิมพ์ใหญ่) _____

เลขวิชาชีพ (*จำเป็น) _____

*แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักเทคนิคการแพทย์ นักรังสีการแพทย์ นักเวชศาสตร์การสื่อสารความหมาย นักจิตวิทยาคลินิก
นักเทคโนโลยีหัวใจและทรวงอก

มีความประสงค์จะขอ User Name สำหรับ ☐ เข้าสู่ระบบสารสนเทศในโรงพยาบาล (i-Med)

☐ เข้าสู่ระบบ File Sever (Internet)

☐ เนื่องจาก เข้าทำงานใหม่

☐ เนื่องจากย้ายหน่วยงาน โปรดระบุชื่อหน่วยงานที่ย้ายมา _____
โปรดระบุชื่อหน่วยงานปัจจุบัน _____

☐ เนื่องจาก เหตุผลอื่นๆ โปรดระบุ _____

ลงชื่อ _____ ผู้ขอใช้บริการ
(_____)

ลงชื่อ _____ ผู้รับเรื่อง
(_____)

สำหรับเจ้าหน้าที่

ผลการดำเนินงาน / ปัญหา _____ _____ _____ _____ ลงชื่อ _____ (_____) ผู้ดำเนินการ วันที่ _____	เรียนผู้ให้บริการ <input type="checkbox"/> สามารถดำเนินการได้ <input type="checkbox"/> ไม่สามารถดำเนินการได้ เนื่องจาก _____ _____ ลงชื่อ _____ (_____) ตำแหน่ง _____ วันที่ _____
---	--